

## Trastornos del sueño – Cuestionario abreviado 6a

Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.

<b>En los últimos 7 días ...</b>		<b>Muy mala</b>	<b>Mala</b>	<b>Pasable</b>	<b>Buena</b>	<b>Muy buena</b>
Sleep109 1	La calidad de mi sueño fue .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<b>En los últimos 7 días ...</b>		<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Algo</b>	<b>Mucho</b>	<b>Muchísimo</b>
Sleep116 2	Mi sueño fue reparador. ....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Sleep20 3	Tuve problemas para dormir .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sleep44 4	Tuve dificultad para dormirme.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sleep108 5	Tuve el sueño inquieto .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sleep72 6	Hice un gran esfuerzo por lograr dormirme .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5